



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <u>ANTONIO ADALBERTO DA SILVA</u>		Data Nasc: <u>25.04.1982</u>
Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>	Profissão: <u>MOTO TAXI</u>	Nacionalidade: <u>BRASILEIRO</u>
RG: <u>98024033732</u>	CPF: <u>839 138 23387</u>	
Endereço: <u>12º MARCOS ZACARIAS, 27 - JOURNADO</u>		
Cidade: <u>HORIZONTE - CE</u>	CEP: <u>62882-000</u>	

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE de nº23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, Cep: 60.055-10, Fortaleza-CE, fone: (85) 3055 9918.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, fazer levantamento de valores depositados, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 07 de AGOSTO de 20 20

Antonio Adalberto da Silva
OUTORGANTE

14V90 201082 MO
- 14V90 201082 MO
- 14V90 201082 MO
- 14V90 201082 MO



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu,
ANTONIO ADALBERTO DA SILVA, residente e
domiciliado na R.º MARCOS ZACARIAS, nº 27,
bairro: DOURADO, na cidade de HORIZONTE, portador(a) do
RG nº 98024033732, inscrito(a) no CPF nº 839.138.233-87,
estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu
próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que
declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que
assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com
esteio na lei nº 1060/05.

Fortaleza, 07 de AGOSTO de 20 20.

Antonio Adalberto da Silva
DECLARANTE

CM 20100920 4747
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará
Processo nº 0250526-44.2020.8.06.0001
Data de assinatura: 07/08/2020



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANTONIO ADALBERTO DA SILVA, brasileiro(a), SOLTEIRO, portador(a) de cédula de identidade nº. 98024033732, inscrito(a) no CPF sob o nº 03913823387, DECLARO que tenho domicílio e sou residente na R. MARCOS ZACARIAS, nº 27, Bairro DOURADO, CEP: 62882-000/CE, conforme comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 07 de AGOSTO 2020

Antonio Adalberto da Silva

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº:

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela _____ presente, _____ o _____ (a)
Sr(a) ANTONIO ADALBERTO DA SILVA Declara para os
devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA
DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, mais
precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando, ainda, que até a presente data, não propôs
nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos
fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Outrossim, DECLARA, ainda, estar ciente de sua responsabilidade (civil e criminal)
pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial de cobrança
de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a licitude
sobre fato juridicamente relevante, exonerando a Dra. CAROLINA FREITAS MOREIRA, OAB/CE
Nº 23.787, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 07 de AGOSTO 2020

Antonio Adalberto da Silva

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
 VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1631540947	
	NOME ANTONIO ADALBERTO DA SILVA
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 98024033732 SSPDC CE
	CPF 839.138.233-87
DATA NASCIMENTO 25/04/1982	
FILIAÇÃO JOSE ROSA DA SILVA ANTONIA FERREIRA DA SILVA	
PERMISSÃO AD	
ACC AD	
CAT. HAB. AD	
Nº REGISTRO 03849901118	VALIDADE 31/10/2022
1ª HABILITAÇÃO 06/05/2006	
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;	
ASSINATURA DO PORTADOR <i>Antonio Adalberto da Silva</i>	
LOCAL PORTALEZA, CE	DATA EMISSÃO 19/01/2018
ASSINATURA DO EMISSOR <i>Igor Vasconcelos Ponte</i>	
CEARÁ	



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série Única-1 | Nº 076122237

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150, Fortaleza CE | CEP 60135 040
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Esta é a sua conta de 08/2020

Nº DO CLIENTE 5217086 DV

VENCIMENTO 23/09/2020

TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00

DATA EMISSÃO 14/08/2020

DADOS DO CLIENTE

Nome RAIMUNDA NONATA ALVES MARQUES

Endereço RU MARCOS ZACARIAS 00027 00027
62882-000 HORIZONTE DISTRITO DE DOURADO
Classificação Resid. Baixa Renda

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL-CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Medidor 4824958-ELO-446 - HZ130R11

CPF / CNPJ 020.444.363-61

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

88EB.0141.88F9.AE89.D434.D2A4.4048.287C

DATAS DE LEITURA

Anterior 15/07/2020 | Atual 14/08/2020 | Prev. Próx. Leitura 15/09/2020

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto Tarifário	Consumido Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Injetado Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Const. Medidor	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
HFP	5389.00	5330.00	59.00	0.00	0.00	0.00	1.00	59.00	59.00	0.25085	14.80

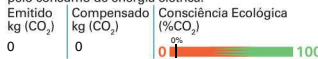
DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)	CRÉDITO EM ENERGIA (kWh)
CIP - ILLUM PUB PREF MUNIC			7,80	
Benefício Tarifário Bruto			16,79	
Benefício Tarifário Líquido			16,31	
Consumo de 000 kwh até 030 kwh	30	0,18533	5,56	
Consumo de 030 kwh até 100 kwh	29	0,31862	9,24	
Credito De Pequenos Valores			23,08	

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)



CONSUMO CONSCIENTE

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.



Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
PIS/PASEP	31,59	0,5100	0,14
COFINS	31,59	2,3900	0,75
ICMS	0,00	0,00	0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Períodos: Band. Tarif.: Verde : 16/07 - 14/08 - Unid. consumidora enquadrada na subclasse Resid. Baixa Renda , faturada com desc. tarifário de R\$ 16,31 . Informamos que a sua conta de energia com fornecimento lido partir de 01/07/2020 passa ter o reajuste tarifário médio de 3,94% publicado na Resolução Aneel nº 2.676/20 em 14/04/2020, postergado devido ao covid19. PARA CONFERÊNCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer incidência de multas ou encargos.

ATENÇÃO

REAVISO DE DÉBITO Esta unidade consumidora está apta à suspensão de fornecimento por inadimplência a partir do dia 30/08/2020 . O encerramento da relação contratual poderá ocorrer em 02 ciclos de faturamento após a suspensão de fornecimento. Declaração de Débito: Constatamos seguintes débitos sujeitos a ações de cobrança, como inclusão em ORÇÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO e PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar. Nº Cliente: 000005217086.

DEBITOS ANTERIORES:

Mes/Ano	Valor R\$
03/2020	55,21
01/2020	52,35
Total	107,56



Autenticação Mecânica

Orgãos de Proteção ao Crédito, Cartórios de Protesto de Títulos e a Suspensão do Fornecimento de Energia Elétrica.
Pague sua conta até a data de vencimento. Você evita a cobrança de juros e multa, o envio de informações aos
Para a sua comodidade, utilize o sistema de débito automático em conta corrente.

RAIMUNDA NONATA ALVES MARQUES
RU MARCOS ZACARIAS 00027 00027
HORIZONTE DISTRITO DE DOURADO
62882-000

DADOS PARA ENTREGA

HZ130R11 4824958-ELO-446
5217086
14/08/2020 14/08/2020

ENEL & VOCÊ

Central de Relacionamento 0800 285 0196
Atendimento 24 horas
Internet www.eneldistribuicao.com.br

OBSERVAÇÕES

As regras para a cobrança da Contribuição de Iluminação Pública poderão ser encontradas em www.eneldistribuicao.com.br

Informações sobre Legislação

Comunicamos aos nossos clientes que quaisquer informações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição dos consumidores para consulta em todas as nossas lojas de atendimento e no nosso site.

Importante

Informações sobre os atendimentos comerciais realizados podem ser obtidas em todas as nossas lojas de atendimento e no nosso site.

LEGENDA DE TERMOS E ABREVIações

HFP: Hora fora ponta.
Contrat: Contratada.
Registr: Registrada.
Ultratpass: Ultratpassagem.
UFER: Unidade de faturamento de energia reativa.
DMRC: Demanda máxima correspondente ao Reativo.

LEGENDA DOS INDICADORES DE QUALIDADE E FORNECIMENTO

DIC: Número de horas que o cliente ficou sem energia.
FIC: Número de vezes que o cliente ficou sem energia.
DMIC: Duração máxima, em horas contínuas, que o cliente ficou sem energia.
DICRI: Duração de interrupções ocorridas em Dias Críticos.
Dias Críticos: Dias em que o número de ocorrências emergenciais supera o padrão normal.
Clientes cujos padrões de continuidade tenham sido violados, deverão receber uma compensação financeira através da conta de energia, conforme critérios definidos no Procedimento de Distribuição Módulo 8, além de poder solicitar à distribuidora a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI, sempre que for necessário. Para mais informações entre no site www.aneel.gov.br.

INFORMAÇÕES/RECLAMAÇÕES

Regionais de Atendimento Enel:
Fortaleza e Região metropolitana:
(85) 4353 4788/4988
Juazeiro: (88) 3566 2225
Iguatu: (88) 3581 1191
Limoeiro: (88) 3423 4101
Canindé: (85) 3343 2025
Sobral: (85) 3677 2234
Itapipoca: (88) 3631 4188

CENTRAL DE TELEATENDIMENTO
1 - Ouvidoria: 0800 280 4100, dias úteis, das 8h às 12h e das 14h às 18h, com protocolo de atendimento anterior
2 - Agência Reguladora de Serviços Públicos do Estado do Ceará
- ARCE - 0800 727 0167 - ligação gratuita de telefones fixos e móveis.
3 - Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167 - ligação gratuita de telefones fixos e móveis.
Em caso de falta de energia, envie um SMS para 26816 com: faltadeluz + espaço + número do cliente



REMETENTE

Para garantia dos dados impressos nesta conta, arquive a mesma em local seco, sem contato com plástico, óleo ou produtos químicos.
Caso haja cobrança de valores referentes a serviços e/ou produtos não relacionados ao consumo de energia elétrica, o cliente poderá solicitar a emissão de nova fatura com a exclusão destes valores, com excesso de cobranças de taxas e contribuições previstas em lei no regulamento, como a CIP (contribuição de iluminação pública).

DEVOÇÃO DA CONTA

Senhor Entregador: assinale com "X" o motivo da devolução desta conta.

☐ Casa fechada
☐ Endereço insuficiente
☐ Outros - especifique

Matrícula: _____ Rubrica: _____

Data: _____ Hora: _____



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE HORIZONTE
Impresso nº 2020214764



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 461 - 1404 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **13/03/2020 10:57:48**
Data / Hora da Ocorrência: **16/08/2018 14:00:00**
Endereço da Ocorrência: **R JOSÉ FRANCISCO, COQUEIROS - HORIZONTE/CE**
Ponto de Referência: **CAMPO DOS COQUEIROS**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO ADALBERTO DA SILVA**
Nascimento: **25/04/1982** CPF: **839.138.233-87** UF: **CE**
RG: **98024033732** Orgão Emissor: **SSPDS**
Filiação: **ANTONIA FERREIRA DA SILVA**
JOSE ROSA DA SILVA
Endereço: **RUA MARCOS ZACARIAS, 27**
Bairro: **DOURADO** CEP:
Município: **HORIZONTE/CE** Telefone: **(85) 99286-2511**
País: **BRASIL**

Histórico

Afirma o declarante que no dia, hora e local supra, estava pilotando sua motocicleta de marca Honda/Pop, cor vermelha, placa POX-4236, de propriedade de FRANCISCO MARDONIO DE ALMEIDA, quando colidiu contra uma vaca que estava em plena via pública; QUE com o impacto, caiu ao chão vindo a fraturar o braço direito; QUE afirma que foi socorrido à UPA local de onde foi recambiado para o hospital Frotinha de Messejana, onde foi submetido a uma intervenção cirúrgica. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE HORIZONTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

ALESSANDRO BASTO DAMASCENO - MAT.: 135608-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Antonio Adalberto da Silva

VISTO DO DELEGADO(A):

ED CARLOS DE SOUSA LIMA - MAT.: 300815-1-X

DELEGACIA MUNICIPAL DE HORIZONTE

Consolidado em: 13/03/2020 11:08:13

Pág. 1 de 1

Impresso em: 13/03/2020 11:08:13

3000
8107
fls. 21
Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 09/09/2020 às 10:11, sob o número 02505264420208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0250526-44.2020.8.06.0001 e código 73607BD.

L: 15380005580



PREFEITURA DE HORIZONTE
Secretaria de Saúde

FICHA DE REFERÊNCIA



Unidade de Origem: UPA Horizonte

Distrito Sanitário: _____ Município: _____

Nome do Paciente: Antonio Cidilberto da Silva

Sexo M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 25 / 4 / 1982 Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: Paciente, 36 a, vítima de ocorrência de trauma com fratura de rádio (dígito) direito.

Resultado de Exames: RX com o paciente.

Conduta já Realizada: Osteosíntese

Impressão Diagnóstica: Fratura de rádio direito

Assinatura do Especialista - N° Registro: Dr. Paulo Roberto Pinheiro Bastos Função: Médico Data: 16 / 8 / 18 Hora: 16:00

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: Osteosíntese Profissional: traumatologista

Unidade de Referência: Interna Data: 16 / 8 / 18 Hora: 16:00

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Nome do Paciente: _____

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário N°: _____ Alta: 1 / 1

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

CONFERE COM O ORIGINAL

28 / 09 / 2018

Caroline Cavallaro

FUNÇÃO: Coordenadora de Serviço de Urgência

Diagnóstico: Principal: _____ CID: _____

Secundário 1: _____ CID: _____

Secundário 2: _____ CID: _____

Conduta Realizada: _____

Proposta da Conduta para Segmento: _____

O problema justificou a referência? SIM ☐ NÃO ☐

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? SIM ☐ NÃO ☐

Assinatura do Consultante - N° Registro: _____ Função: _____ Data: _____



PREFEITURA
MUNICIPAL DE
HORIZONTE

L: 07



SUS
Sistema Único de Saúde

SECRETARIA
DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome do Paciente		Rug.		Enf. Ou Apto.		Lado		Médico responsável	
Endereço		Nº		Vitalidade		Condição Pacien.		Residência	
Tel.		Bairro		Munic. Ou Estado		Profissão		1 - Sim 2 - Não	
								3 - Em tratamento	
								4 - Outros	
								5 - Outros	
								6 - Outros	
								7 - Outros	
								8 - Outros	
								9 - Outros	
								10 - Outros	
								11 - Outros	
								12 - Outros	
								13 - Outros	
								14 - Outros	
								15 - Outros	
								16 - Outros	
								17 - Outros	
								18 - Outros	
								19 - Outros	
								20 - Outros	
								21 - Outros	
								22 - Outros	
								23 - Outros	
								24 - Outros	
								25 - Outros	
								26 - Outros	
								27 - Outros	
								28 - Outros	
								29 - Outros	
								30 - Outros	
								31 - Outros	
								32 - Outros	
								33 - Outros	
								34 - Outros	
								35 - Outros	
								36 - Outros	
								37 - Outros	
								38 - Outros	
								39 - Outros	
								40 - Outros	
								41 - Outros	
								42 - Outros	
								43 - Outros	
								44 - Outros	
								45 - Outros	
								46 - Outros	
								47 - Outros	
								48 - Outros	
								49 - Outros	
								50 - Outros	
								51 - Outros	
								52 - Outros	
								53 - Outros	
								54 - Outros	
								55 - Outros	
								56 - Outros	
								57 - Outros	
								58 - Outros	
								59 - Outros	
								60 - Outros	
								61 - Outros	
								62 - Outros	
								63 - Outros	
								64 - Outros	
								65 - Outros	
								66 - Outros	
								67 - Outros	
								68 - Outros	
								69 - Outros	
								70 - Outros	
								71 - Outros	
								72 - Outros	
								73 - Outros	
								74 - Outros	
								75 - Outros	
								76 - Outros	
								77 - Outros	
								78 - Outros	
								79 - Outros	
								80 - Outros	
								81 - Outros	
								82 - Outros	
								83 - Outros	
								84 - Outros	
								85 - Outros	
								86 - Outros	
								87 - Outros	
								88 - Outros	
								89 - Outros	
								90 - Outros	
								91 - Outros	
								92 - Outros	
								93 - Outros	
								94 - Outros	
								95 - Outros	
								96 - Outros	
								97 - Outros	
								98 - Outros	
								99 - Outros	
								100 - Outros	

CONFERE COM O ORIGINAL
28/04/2020
Quem é o responsável
FUNGIONÁRIO (NOME) 28/04/2020

Daniela Carneiro
Assistente Social
CPSS 3039 - Recife

Rua Luiza Noronha, nº 45 - Zumbi - Horizonte - Ce | CEP: 62880-000 - Fone: (85) 3336-6060



Alendimento

PACIENTE RELATA QUE FOI VÍTIMA DE OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO E APRESENTA DOR EM ANTEBRAÇO D E DOR EM HTD.
NEGA ALERGIAS. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA E VÔMITOS.

POLITRAUMA

RX.

PRESCRIÇÃO

1. PROFENID 100 MG +
100 ML SF 0,9% EV
AGORA.
2. RL 1000 ML, EV,
RÁPIDO.

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

PROFISSIONAL

Conduits

() Alta por Decisão Médica () Alta a Pedido () Alta e Raveia () Transferência para: _____
Observação (Até 24h) ☒ Internação Data e Hora da Saída/Alta: __/__/__

Obito

Antes do Primeiro Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica ☐ ☐ ☐

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico *Abelto Bastos*

Assinatura do Médico
Dr. Paulo Pedro Pinheiro Bastos
Médico
CREMEG 11.510

CONFERE COM O ORIGINAL

28/09/2018

FUNCIONARIO / UPA

SUS		Ministério da Saúde Sistema Único de Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CIES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO ASSESSOR			4 - CIES	
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE			6 - Nº PROCTUR	
7 - CARTÃO NACIONAL DE CATEGORIA			8 - DATA DO NASCIMENTO	
9 - NOME DO RESPONSÁVEL			10 - SEXO ☐ Masculino ☐ Feminino	
11 - ENDEREÇO (RUA Nº, BAIRRO)			12 - CID - 10 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - CID - 10 - Cód. MORTAL	
15 - CID - 10 - Cód. MORTAL			16 - CID - 10 - Cód. MORTAL	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
17 - PRINCIPAIS SINTOMAS CLÍNICOS				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL				
21 - CID - 10 - PRIMÁRIO				
22 - CID - 10 - SECUNDÁRIO				
23 - CID - 10 - CAUSAS EXTERNAS				
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
24 - TIPO DE PROCEDIMENTO SOLICITADO				
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO				
26 - DOCUMENTO				
27 - DATA DA SOLICITAÇÃO				
28 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO				
PREENCHIMENTO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)				
29 - SÉRIE				
30 - CATEGORIA				
31 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
32 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
33 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
34 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
35 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
36 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
37 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
38 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
39 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
40 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
41 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
42 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
43 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
44 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
45 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
46 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
47 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
48 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
49 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
50 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
51 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
52 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
53 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
54 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
55 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
56 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
57 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
58 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
59 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
60 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
61 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
62 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
63 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
64 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
65 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
66 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
67 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
68 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
69 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
70 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
71 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
72 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
73 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
74 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
75 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
76 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
77 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
78 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
79 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
80 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
81 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
82 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
83 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
84 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
85 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
86 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
87 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
88 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
89 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
90 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
91 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
92 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
93 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
94 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
95 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
96 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
97 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
98 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
99 - CID - 10 - Cód. MORTAL				
100 - CID - 10 - Cód. MORTAL				

CONFERE COM O ORIGINAL
 17/09/2020
 [Assinatura]

Av. Jornalista Tomaz Coelho, 1578
 Mossoró - CEP: 55.064-810

Grat. HDEBO-SAME-AIH-005

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 09/09/2020 às 10:11, sob o número 02505264420208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0250526-44.2020.8.06.0001 e código 73607BD

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARNOS DE OLIVEIRA		REGISTRO EMERGÊNCIA		MATRICULA NO HOSPITAL	
PACIENTE: <i>Antonio Adalberto da Silva</i>					
DATA DE NASCIMENTO: <i>03/09/1985</i>		ENFERMIA: <i>IT</i>		LEITO: <i>57</i>	
2ª AUXILIAR: <i>Dr. Paulo de Jesus Costa</i> Ortopedia/Traumatologia CRM 1985		3ª AUXILIAR: <i>Dr. Mauro</i>		INSTRUMENTADOR	
ANESTESISTA: <i>Dr. Christiane</i>		TIPO DE ANESTESIA			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>Fratura antebraço de</i>					
TIPO DE OPERAÇÃO: <i>osteossíntese + enxerto auto</i>					
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO					
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATÓLOGISTA					
EXAME RADIOGRÁFICO DO ATO					
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO					

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TEC. LIGADURAS ORENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAS

*Quadrado quadrado de antebraço e antebraço
de antebraço no tempo do fraco
fraco fraco - antebraço antebraço de
coluna fraco. Visualização de fratura
de fratura radio de + enxerto auto
antebraço Antebraço de fraco de fraco
Quadrado de antebraço*

Dr. Paulo de Jesus Costa
Ortopedia/Traumatologia
CRM 1985

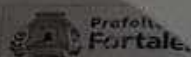
CONFERE COM ORIGINAL
17/09/18
[assinatura]

125.535.137/0012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARNOS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Torquato Coelho, 1576
Mossoró - CEP 59.064-510

Grat.HDEBO-SAME-Desc. Oper.-003

Fortaleza

Ceará



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE ANTONIO ADALBERTO DA SILVA		DADOS PESSOAIS		R. DO PROFISSIONAL 5119785		N. DOB 297200	
NOME DO RESPONSÁVEL ANTÔNIA FERREIRA DA SILVA		NASCIMENTO 25/04/1982 (36 ANOS)		SEXO M		Educação NÃO INFORMADO	
ENDEREÇO RUA ITALO PAMPONA 294 ANTONIO BEZERRA		MUNICÍPIO ABAIARA		CEP 69.000-000		UF CE	

LOCAL DE OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/GRUPO DO ACIDENTE				OCD/ACIDENTE			
QUEIXA PACIENTE REFERE DOR EM MSD APOÓS QUEDA				CLASSIFICAÇÃO DE RISCO ATIVO			
SINUS VITAIS PULSO: NI KG TEMPERATURA: NI °C PRESSÃO ARTERIAL: NI/NI FREQ. RESPIRATÓRIA: NI SAT. O2: NI%				ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)			
DIAGNÓSTICO AMARELO				RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO FRANCISCA CRISTIANE DA SILVA LIMA RAMOS			
ÁREA DE ATENDIMENTO 02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA				ÁREA DE ATENDIMENTO			

Ramos - pulso D
BBBerrrrrr

SOLICITADO () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO X () OUTROS	
--	--

MEDICAMENTO		PRESCRIÇÃO MÉDICA		OBSERVAÇÕES	
<i>M</i>		<i>pré-tratado</i>		<i>OP</i>	

ALTA/BAIXA () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO - OBITO () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS	
DESTINO DO CORPO () FAMILIA () ANEXO RATO () ANEXO RATO	

Impresso por Francisca Cristiane da Silva Lima Ramos em 17/09/2018, 13:47:20
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

Antonio Adalberto da Silva

CONFERE COM ORIGINAL
17/09/18
[Assinatura]

02.885.197/0012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. ... 1676
Mossoró - RN - CEP ...

(24)

GOVERNO DO ESTADO DO CEARA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE
UNIDADE DE PONTONTO ATENDIMENTO - UPA
HORIZONTE - CEARA

2
L 67

1600667436

AMARILLO

16/09/2018 14:11:25

Data Nascimento

ANTONIO ADALBERTO DA SILVA

Nome

Documento

IDENTIDADE

98024633732

Orgão Emissor

SSP CE

PAI

ANTONIA FERREIRA DA SILVA

JOSE ROSA DA SILVA

Endereço
RUA - MANOEL FERREIRA - 1132 - DOURADO - HORIZONTE - CE

Plano de saúde
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Queixa Principal
REFERE DOR INTENSA NO MSD APÓS SOFRER

ACIDENTE DE MOTO

Registado por: FÁTIMA

Anamnese de Enfermagem

Impresso por: PAULO PEDRO

Atendimento

Número da carteira

Data validade

Temperatura

Peso

Pressão Arterial

Profissional da chamada: LUCILEIDE

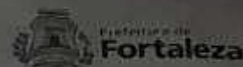
Anamnese Médica

PACIENTE RELATA QUE FOI VITIMA DE OCORRENCIA DE TRÂNSITO E APRESENTA DOR EM ANTEBRAÇO D E DOR EM HTD.
NEGA ALERGIAS. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA E VÔMITOS.

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

POU TRAUMA



DECLARAÇÃO

Declaro a pedido do (a) Senhor (a) Antonio Adelberto da Silva
CPF nº 939.138.233-87, filho (a) de José Rosa da Silva e
Antônia Ferreira da Silva que o (a) mesmo (a) foi atendido (a)
nesta unidade Hospitalar no dia 20 de Agosto de 20 18 as 13:47 horas.

O mesmo INFORMA que foi vítima de acidente de trânsito, porém não testemunhamos a referida de ocorrência.

Orientamos o (a) mesmo (a) a relacionar testemunhas e registrar um Boletim de Ocorrência na Delegacia de Polícia Civil Especializada.

Caso o (a) mesmo (a) tenha sido socorrido (a) pela ambulância do SAMU, informamos que aquele órgão possui documentação própria relatando o tipo de atendimento.

Fortaleza, 08 de Outubro de 20 18.

Atenciosamente,


Marcelino da Silva Cordeiro
Diretor Executivo - HDEBO
CPF: 625.733.94-12
DIRETOR EXECUTIVO
HDEBO

PACIENTE

Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira
Avenida Jornalista Tomaz Coelho, 1578 - Messejana, CEP: 60.842-021
Fone: (085) 3105 1560

 PREFEITURA DE HORIZONTE Secretaria de Saúde		FICHA DE REFERÊNCIA			
Unidade de Origem: <u>URBEM</u>					
Distrito Sanitário: <u>Quil. 2000 de Leli</u>		Município: <u>Horizonte</u>			
Nome do Paciente: <u>André Roberto de Leli</u>					
Sexo: M ☐ F ☐		Data de Nascimento: <u>1/1/1980</u>		Ocupação: <u>funcionário</u>	
Endereço: <u>Quil. 2000 de Leli</u>		Bairro: <u>Quil. 2000 de Leli</u>		Fone: <u>3336.6050</u>	
Motivo do Encaminhamento: <u>Selinho pedras</u>					
Resultado de Exames: <u>sem alteração</u>					
Conduta já Realizada: <u>Tratamento com analgésicos</u>					
Impressão Diagnóstica: <u>Fratura de osso</u>					
Assinatura do Médico: <u>Dr. Vicente</u>		Função: <u>Ortopedista</u>		Data: <u>1/1/2020</u> Hora: <u>14h</u>	
AGENDAMENTO					
Encaminhamento para atendimento: <u>Ortopedia</u>		Ambulatorial: ☐		Hospitalar: ☐	
Procedimento: <u>Tratamento</u>		Profissional: <u>Ortopedista</u>		Auxílio Diagnóstico: ☐	
Unidade de Referência: <u>CREMEC 5467</u>		Data: <u>1/1/2020</u>		Hora: <u>14h</u>	

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)					
Nome do Paciente: <u>André Roberto de Leli</u>					
Unidade de Referência: <u>Quil. 2000 de Leli</u>		Município: <u>Horizonte</u>			
Prontuário N°: <u>5467</u>		Alta: <u>1/1/2020</u>		Hora: <u>14h</u>	
Resumo Clínico / Cirúrgico: <u>Tratamento com analgésicos</u>					
Resultado de Exames: <u>sem alteração</u>					
Diagnóstico Principal: <u>Fratura de osso</u>		CID: <u>S80.0</u>			
Secundário 1: <u>Tratamento</u>		CID: <u>S80.0</u>			
Secundário 2: <u>Tratamento</u>		CID: <u>S80.0</u>			
Conduta Realizada: <u>Tratamento com analgésicos</u>					
Proposta da Conduta para Segmento: <u>Tratamento com analgésicos</u>					
O problema justificou a referência? SIM ☐ NÃO ☐		O motivo da referência coincide com o diagnóstico? SIM ☐ NÃO ☐			
Assinatura do Consultante - N° Registro: <u>Dr. Vicente</u>		Função: <u>Ortopedista</u>		Data: <u>1/1/2020</u>	

Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200228317

Vítima: ANTONIO ADALBERTO DA SILVA

Data do Acidente: 16/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO ADALBERTO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: ANTONIO ADALBERTO DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003535

Conta: 0000036229-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

